**AUTORIZACION DEL DIRECTOR DEL CENTRO ASISTENCIAL EN RELACIÓN CON LA PARTICIPACION DE SU PERSONAL EN LA 4ª EDICION DEL PROGRAMA FELLOWSHIP**

***“4ª Convocatoria de ayudas a Proyectos de Investigación en VIH, Hepatitis y Hemato-Oncología***

**GILEAD SCIENCES**

D./Dª………………………………, mayor de edad y Documento Nacional de Identidad nº ……………………….en su condición de Director del Instituto de Investigación Sanitaria / Director de la Fundación de Investigación [táchese lo no que proceda] del Centro Asistencial Sanitario……………………………..sito en\* [incluir dirección completa, calle, localidad y código postal].

DECLARA que D/Dª………………………….., mayor de edad, con Documento Nacional de Identidad nº …………………….., forma parte del personal del mencionado establecimiento. clínico, AUTORIZÁNDOLE, mediante la presente a participar, en calidad de Investigador Principal, en el Proyecto de Investigación …………………………………., en su modalidad de actuación unicéntrico / multicéntrico\*[tachar lo no que proceda], a la ***“ 4ª Convocatoria de ayudas a Proyectos de Investigación en VIH, Hepatitis y Hemato-Oncología*** “Fellowship Program -GILEAD SCIENCES, que será ejecutado en sus instalaciones con el alcance y objetivos descritos en los formularios que integran la solicitud de ayuda presentada por \* [nombre del Centro Asistencial Sanitario que actúa como representante y solicitante formal de la solicitud de ayuda] en dicha convocatoria.

Lo que se hace constar en …………………..a……………de 2016, a los efectos oportunos.

Firma y sello Director del Instituto de Investigación Sanitaria/Director de la Fundación de Investigación del Centro Asistencial Sanitario

(\*) En el caso de proyectos multicéntricos deberá indicarse el nombre de los centros participantes así como de los investigadores y detallar la participación de cada una de las entidades, el personal asignado a su ejecución así como los derechos y obligaciones asumidas por cada una de ellas.

**CENTRO COORDINADOR:**

**Detalle los investigadores principales que integran el proyecto coordinado.**

**Apellidos y Nombre :**

**Centro/Institución :**

**Apellidos y Nombre :**

**Centro/Institución :**